

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL Y GRADO
DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.
TESIS**

**PRESENTADO POR BACHILLER
JURADO RAMOS JAVIER ANDRÉ
PARA ÓPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO DE ENFERMERÍA
ICA – PERÚ**

2017

ASESORA: MG. ANA GUILLÉN CABRERA.

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el Divino Señor y guía espiritual de mi alma, por haberme protegido y haberme dado salud y vida para poder culminar los estudios universitarios.

Agradezco también la confianza y el apoyo incondicional de mis padres que aun en la lejanía física siempre estuvieron pendientes en guiarme con sus experiencias profesionales y su amor.

A mi asesora Lic. Ana Guillén Cabrera por su apoyo en la realización de la tesis, cooperando siempre con mi crecimiento y desarrollo profesional en todo momento.

A la Universidad Privada “San Juan Bautista” Filial Ica, institución que me brindó la oportunidad de cumplir con la carrera deseada

Finalmente a los cuidadores de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Ica por su colaboración y paciencia.

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a la culminación de mis estudios y haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi fortaleza durante los 5 años de estudio.

A mis padres por su ejemplo de constancia y tenacidad y que sirvió de fuerza y motivo para mi superación.

RESUMEN

El cuidador de una persona que se encuentra hospitalizada es generalmente un miembro de la familia, que aparte de realizar sus actividades cotidianas, tiene que enfocarse en el cuidado de su familiar que tiene alguna enfermedad crónica. El objetivo de la investigación fue determinar la calidad de vida del cuidador informal y grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional junio 2016. Según el alcance del estudio es descriptivo, diseño no experimental, transversal y cuantitativo. Resultados: El 35% tienen entre 18-30 años, predomina el sexo femenino en 65%, el 58% de los cuidadores son hijos, con grado de instrucción superior en 49%. Referente a la variable Calidad de vida según dimensión bienestar físico el 61% tiene calidad de vida regular, seguido del 23% con mala calidad de vida y el 16% con buena calidad de vida; el bienestar psicológico es malo en 44%, regular en 33% y bueno en 23%, el bienestar social es bueno en 39%, regular en 33% y 28% con mala calidad de vida; el bienestar espiritual es regular en 42%, buena en 35% y mala en 23% con un global de regular en 47%, buena en 28% y mala en 25%. En la variable Grado de incapacidad funcional, el 18% presenta grado 0, 26% con grado 1; 19% con grado 2, 16% con grado 3, 12% con grado 4 y el 9% presenta grado 5. Conclusiones: La calidad de vida del cuidador informal según dimensión bienestar físico y espiritual es regular aceptándose la hipótesis para estas dimensiones y se rechaza para la dimensión psicológica y social. El grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores según Incapacidad funcional física es de grado 1 por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2 de la investigación.

Palabras clave: **Calidad de vida, cuidador informal, adultos mayores.**

ABSTRACT

The informal caregiver is a member of the family who, apart from performing in their daily activities and personal fulfillment, takes care of a family member who has a chronic illness. Traditionally it is assumed that disability is inevitably and irreversibly associated with the aging process, although most older adults are independent and active. The objective of the investigation was to determine the quality of life of the informal caregiver and degree of functional incapacity of the elderly patients hospitalized in the medical service of the Regional Hospital June 2016. According to the scope of the study is descriptive, non-experimental, transverse and quantitative. Results: 35% are between 18-30 years old, female is predominant in 65%, 58% of carers are children, with a higher education level in 49%. Regarding the variable Quality of life according to physical well-being dimension, 61% have regular quality of life, followed by 23% with poor quality of life and 16% with good quality of life; Psychological well-being is poor in 44%, regular in 33% and good in 23%, social welfare is good in 39%, regular in 33% and 28% with poor quality of life; Spiritual well-being is regular at 42%, good at 35% and bad at 23% with a regular overall at 47%, good at 28% and bad at 25%. In the variable Degree of functional disability, 18% presented grade 0, 26% with grade 1; 19% with grade 2, 16% with grade 3, 12% with grade 4 and 9% with grade 5. Conclusions: The quality of life of the informal caregiver according to physical and spiritual well-being dimension is regular accepting the hypothesis for these dimensions and is rejected for the psychological and social dimension. The degree of functional incapacity of the elderly patients according to Physical Functional Disability is of degree 1 reason why the derived hypothesis 2 of the investigation is rejected.

Key words: **Quality of life, informal caregiver, older adults.**

PRESENTACIÓN

Ser cuidador de una persona enferma implica mucha atención, dedicación y paciencia lo cual podría tener repercusiones negativas en la persona que lo realiza por el desgaste físico y emocional que ocasiona tan delicada labor. La funcionalidad es parte de la valoración geriátrica y gerontológica y forma parte de la atención que se debe realizar en el adulto mayor. El estudio tiene como objetivo: Determinar la calidad de vida del cuidador informal y grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional junio 2016, cuyo propósito es que los resultados de esta investigación sirvan para promover acciones conjuntas y planes de intervención que permitan desarrollar actividades de enfermería en el bienestar de la población de estudio. Se espera que los resultados, permitan realizar estrategias de salud en función de las necesidades de la población en estudio, además de motivar nuevas investigaciones acerca de este tema.

El trabajo se encuentra organizado en 5 capítulos: El capítulo I comprende, el problema, planteamiento del problema, formulación del problema, justificación del problema, objetivo general, objetivo específico y el propósito de estudio. En el capítulo II comprende, marco teórico, antecedentes bibliográficos, base teórica, hipótesis, definición operacional de términos. En el capítulo III comprende la metodología de la investigación: tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. En el capítulo IV comprende: Resultados y discusión. En el capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
1. CARÁTULA	
2. ASESOR	li
3. AGRADECIMIENTO	iii
4. DEDICATORIA	lv
5. RESUMEN	v
6. ABSTRACT	vi
7. PRESENTACIÓN	vii
8. ÍNDICE	viii
9. LISTA DE TABLAS	x
10. LISTA DE GRÁFICOS	xii
11. LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	4
1.4. OBJETIVOS	4
1.4.1. GENERAL	4
1.4.2. ESPECÍFICOS	5
1.5. PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASE TEÓRICA	9
2.3. HIPÓTESIS	18
2.4. VARIABLES	18

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. TIPO DE ESTUDIO	20
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	20
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	20
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	22
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	24
4.2. DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	36
5.2. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	46
ANEXO N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
ANEXO N° 2 INSTRUMENTOS	52
ANEXO N° 3 PRUEBA BINOMIAL	59
ANEXO N° 4 TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	60
ANEXO N° 5 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	62
ANEXO N° 6 TABLA MATRIZ DE VARIABLES	63
ANEXO N° 7 TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE	69

LISTA DE TABLAS

N°	TABLA	Pág.
1	DATOS GENERALES DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	24
2	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	69
3	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	69
4	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	70
5	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR ESPIRITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	70
6	CALIDAD DE VIDA GLOBAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	71

7 GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS 72
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL
ICA, JUNIO 2016.

LISTA DE GRÁFICOS

N°	GRÁFICO	Pág.
1	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	25
2	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	26
3	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	27
4	CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR ESPIRITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	28
5	CALIDAD DE VIDA GLOBAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	29
6	GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.	30

LISTA DE ANEXOS

N°	ANEXO	Pág.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	47
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3	PRUEBA BINOMIAL	59
4	TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	60
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	62
6	TABLA MATRIZ DE VARIABLES	63
7	TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJES	69

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la salud (OMS) revela que “las limitaciones incapacitantes en el adulto mayor para moverse o caminar, usar brazos o manos, ver a pesar de usar lentes o gafas, hablar, entender o aprender, relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales, afectan a un 10% de la población mundial”. Mientras que un “15% de la población presenta limitaciones transitorias de las cuales un 12% son adultos mayores, es decir, casi el 40% de la población mundial posee un impedimento o restricción permanente o temporal en sus capacidades, lo que implica tener a su lado la misma proporción de personas ejerciendo un cuidado informal con ciertas habilidades”.¹

En los casos en que la persona que cumple el rol de cuidador informal llega al grado de modificar su estilo de vida al prestar cuidados a la persona enferma, teniendo como consecuencia una calidad de vida no muy recomendable. “Existe un consenso entre los investigadores de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante. Por lo general los cuidadores informales llegan a tener complicaciones en su bienestar físico, psicológico y social”.²

Los “cuidadores quienes muchas veces son los familiares se ocupan de las necesidades básicas de cuidado a aquellas personas que tienen un cierto grado de dependencia”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), afirma que “el índice de envejecimiento en las Américas fue de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, superando este índice Canadá, Cuba, Estados Unidos, Argentina y Chile, entre otros”. “Los dos primeros países tuvieron un índice de alrededor de 100, mientras que países como

Haití, Honduras y Guatemala, tienen índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños”.⁴

Además, “el cuidado del paciente es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones por varios motivos: la larga duración de la enfermedad en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años, la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del cuidador familiar”.⁵

En España, Larrañaga en el año 2011, describió el “perfil del cuidador mujer; en su mayor parte las esposas o hijas del paciente, con una edad media de 57 años, ama de casa y coresidente con el paciente, con menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas de los cuales el 61% eran mujeres y el 39% hombres.”⁶

En México, Catedral M. encontró en su investigación que entre los cuidadores informales “el 78.9% fueron mujeres de 49.7 a 15 años de edad, los hombres tuvieron una edad promedio de 53.5 a 18.6 años y su relación con el enfermo es de hijo(a) 46.4%, esposo(a) 26.3%, nuera o yerno el 3.4% y parientes”.⁷

En el Perú, la población adulta mayor tiene un crecimiento anual del 3.6% por año. Del 2011 al 2021 aumentará en 1'106,074 la población de ancianos, y para el 2050 se tendrá 8'738,032, (21.8%) de la población. “En los próximos 20 años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse, por lo que debemos estar preparados para afrontar estos cambios y sus consecuencias”.⁸

La “dependencia funcional parcial y total (para actividades de la vida diaria), antes del ingreso a salas de hospitalización, alcanza el 47%, para mayores de 60 años” a nivel nacional.⁹

Según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indican que “hay 2’907.138 personas de 60 a más años. El 23,4% de ese total no está afiliado a ningún tipo de seguro de salud; dicho informe revela que el 32% de las personas adultas mayores.” Por eso es inadmisibles se les niegue el derecho a un seguro de salud. Es por lo tanto entendible la gran preocupación existente en una sociedad que envejece rápidamente, considerando que en nuestra realidad los síndromes geriátricos originan cambios físicos de forma variada, sea lenta o rápida, reduciendo las funciones sensoriales, reflejos de fuerza, tono muscular, funcionamiento mental y capacidad funcional del adulto mayor, ya que actualmente son limitados los estudios referentes a esta problemática.¹⁰

Por otra parte, cabe mencionar que las “enfermedades crónicas generan dependencia total o parcial. La primera se caracteriza por que hay una pérdida total de la autonomía y, en consecuencia, se necesita indispensablemente un cuidador para ayudar a cumplir con las actividades cotidianas”.¹¹

En las experiencias vividas durante el internado hospitalario en los servicios de hospitalización de medicina se escucha expresiones de los familiares de los adultos mayores hospitalizados tales como “me siento agotada (o), la incertidumbre de cuánto tiempo permaneceré cuidando a mi familiar”, “no puedo dejarlo”, “tengo que estar cuidándolo”, “ya no tengo tiempo para mi persona”; entre otras expresiones, lo cual motiva a realizar la investigación.

En vista de la problemática expresada, se formula la pregunta de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de vida del cuidador informal y grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional, Ica junio 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Esta investigación describirá las áreas o dimensiones afectadas del cuidador informal que son de vital importancia asimismo se identificará el grado de incapacidad física del familiar enfermo, por lo que constituye un antecedente para otras investigaciones que aborden esta problemática desde una visión general que ayude a proponer políticas sanitarias en pro de la defensa de los cuidadores informales. La importancia de la investigación para Enfermería radica en que las enfermeras conozcan y sepan cómo actuar para ayudar a que el cuidador informal tenga una mejor calidad de vida, e implemente una serie de programas en apoyo al cuidado.

Promocionar la salud para el familiar que cuida un pariente enfermo con enfermedad crónico degenerativo, es vital para Enfermería de tal modo que los resultados beneficiaran no solo al cuidador sino también al paciente de manera directa y de manera indirecta a la familia y comunidad, teniendo en cuenta que el Profesional de Enfermería atiende a las personas en todas las etapas del ciclo vital de la persona.

1.4. OBJETIVOS:

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida del cuidador informal y grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional junio 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Identificar la calidad de vida del cuidador informal de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional, junio 2016, según sea:

- Bienestar físico
- Bienestar psicológico

- Bienestar social
- Bienestar espiritual.

OE2: Identificar el grado de incapacidad funcional que predomina en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional según sea:

- Incapacidad funcional física.

1.5. PROPÓSITO:

Realizar investigación sobre la calidad de vida en los cuidadores informales de pacientes hospitalizados permitirá conocer cómo está su calidad de vida, asimismo como el tiempo dedicado a la atención de su familiar conlleva a una elevada carga física y mental, lo que supone alteraciones en su ámbito emocional, laboral y social.

Los resultados de la investigación servirán para conocer la realidad existente en los cuidadores de familiares, que se sientan escuchados permitiendo describir las necesidades y alteraciones a las que está expuesto este grupo, generando propuestas que permitan adoptar medidas de seguridad para el cuidador familiar, con el reforzamiento y acompañamiento de enfermería mediante estrategias educativas y de apoyo emocional; asimismo servirá para saber el nivel de funcionalidad que presenta el paciente adulto mayor hospitalizado, y que nivel de riesgo presenta, para así poder educar, prevenir y tratar en forma puntual y oportuna los principales problemas del sujeto, logrando mantener el mayor tiempo posible su funcionalidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Romero-Massa E, Rodríguez- Castilla J, Pereira-Díaz B. En el año 2015 realizaron una investigación descriptiva, correlacional *con el objetivo de determinar la relación entre la **SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES RENALES. UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. COLOMBIA.*** Contó con una muestra de 225 cuidadores de pacientes. Resultados: “participaron 225 cuidadores, 75,1 % en intervalos de edad entre 36 a 59 años de edad, 76,9 % femenino, 54,7 % eran casadas y en mayoría eran de estrato 2 el 62 %”. “La sobrecarga que se manifestó por parte del cuidador se asoció especialmente en las dimensiones física, psicológica y social, promedios de (72,3) (68,0) y (66,0), obteniendo p-valor <0,05 cada una; la dimensión espiritual no presenta asociación”.¹²

Rodríguez-Medina R, Landeros-Pérez M. En el año 2014 realizaron una investigación cuantitativa, correlacional, transversal con el objetivo de determinar la **SOBRECARGA DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO, MÉXICO.** “La muestra fue de 90 adultos mayores y 90 agentes de cuidado dependiente. Resultados: La edad promedio de los adultos mayores fue de 70.9 ±10, en el índice de Barthel presentaron dependencia leve (41.1%) en las actividades de la vida diaria. El perfil del agente de cuidado dependiente correspondió a una mujer de edad media (53.8 ±5.2), casada (88.9%), ama de casa (73.3%), hija de quien cuida (48.9%). Se encontró a agentes de cuidado dependiente sin sobrecarga (85.6%)”.¹³

Rosina E, Okino N, Ferreira J. En el año 2013 realizaron un estudio transversal, cuantitativo, con el objetivo de establecer la asociación entre la **CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ANCIANO Y LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR BRASIL**. Contó con “una muestra de 178 ancianos con incapacidad funcional y sus cuidadores. Resultados: La mayoría de los ancianos era del sexo femenino, viudas, con promedio de edad de 79,9 años, necesitando de asistencia de hasta 50% para realizar las tareas de la vida diaria. La mayoría de los cuidadores relató sobrecarga moderada”.

14

Alejandro-Navarro M. En el año 2013 realizó un trabajo descriptivo transversal con el objetivo de determinar la **CALIDAD DE VIDA EN EL CUIDADOR INFORMAL DE PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS MINATITLÁN, VERACRUZ MÉXICO**. La muestra la conformaron 30 cuidadores informales. Resultados “La mayoría son mujeres (73.3%) con un rango de edad entre los 17 y 71 años con una media de edad de 49.8, en cuanto al parentesco prevalecieron los cónyuges. En cuanto a la calidad de vida general” en su mayoría fue regular, la dimensión más afectada fue la salud física y la menos afectada fue la social. Respecto a que grupo de edad tiene mejor calidad de vida se encontró que es la de 58 a 71 años.¹⁵

Silva E. En el año 2012 realizó una investigación descriptiva, retrospectiva y de corte transversal con el objetivo de identificar la **CAPACIDAD FUNCIONAL Y BIENESTAR SUBJETIVO DE LOS PACIENTES GERIÁTRICOS DEL MUNICIPIO CERRO CUBA**. *El universo fue de 290 ancianos y la muestra de 134 pacientes*. “Se constató un 13.4 por ciento de discapacidad, de mayor dependencia, a mayor edad, en los viudos, féminas, amas de casa, en la baja escolaridad y más de la tercera parte se consideraron saludables y satisfechos con su estado de salud”.¹⁶

Del Águila-Coquinche C, Schérmuly-Gómez L, Yabar Soria P. En el año 2014 realizaron una investigación cuantitativa, diseño no experimental, descriptivo, correlacional con *el objetivo de determinar la RELACIÓN ENTRE LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD I-3 SAN JUAN (MINSA) IQUITOS*. “La población de estudio estuvo conformada por 100 adultos mayores de ambos sexos. Resultados: el 56 % son población gerontológica joven, con edad promedio de 73,7+6,6; predominando el sexo femenino con 55,0% así mismo el 56,0% son casados, el 61,0% tienen grado de instrucción primaria incompleta. En cuanto a la capacidad funcional el 87% presenta dependencia leve en las ABVD, 33,9% dependencia ligera en las AIVD en mujeres, 36,4% dependencia moderada”.¹⁷

Ramos- Tarazona C. En el año 2016 realizó un estudio descriptivo simple con el objetivo de *determinar la CALIDAD DE VIDA DE LOS FAMILIARES CUIDADORES DE PACIENTES CON CÁNCER TERMINAL, USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD HUÁNUCO*” HUÁNUCO – PERÚ. Contó con 41 familiares cuidadores de pacientes Resultados: “El 82,9% de familiares cuidadores de pacientes con cáncer terminal tiene regular calidad de vida. En la dimensión bienestar físico, el 78,0% tuvo regular calidad de vida; psicológico, el 80,5% presentó una regular calidad de vida; social, el 85,3% tuvo regular de vida y en la dimensión espiritual, 68,3% presentó una regular calidad de vida”.¹⁸

Navarrete C. En el año 2012, realizó un estudio de alcance descriptivo, diseño no experimental, transversal, con el objetivo de determinar la **VALORACION FUNCIONAL Y COGNITIVA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO POBLADO FONAVI SAN MARTIN 2DA Y 3ERA ETAPA ICA SUBTANJALLA**. La muestra la constituyen 30 pacientes adultos mayores. Resultados: “El 70% se encuentran entre las edades de 70 a 79

años, el 53% es femenino y de instrucción secundaria, el 63% provienen de la sierra y el 50% la ocupación actual su casa, el 40% vive con sus hijos”; en relación a la valoración funcional de los pacientes adultos mayores “el 37% son independientes, 33% tienen dependencia parcial y 30% son dependientes totales”.¹⁹

Los antecedentes de investigación fueron empleados como referencia para orientar la metodología a utilizar y establecer algunas bases conceptuales que ayuden a fortalecer el estudio de investigación. De las investigaciones nacionales e internacionales las variables en estudio, sirvieron como base para contrastar los resultados obtenidos, lo que sugiere corregir el declive funcional natural del adulto mayor favoreciendo su funcionalidad en las necesidades básicas de la vida diaria, mejorando así el cuidado familiar y los cuidadores familiares mejorando su calidad de vida.

2.2. BASE TEÓRICA

CALIDAD DE VIDA.

Es “un atributo objetivo (evaluado por un observador) y subjetivo (autoevaluaciones basadas en criterios implícitos), que puede estimarse desde tres perspectivas entre ellas tenemos: la calidad de vida en general, la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida específica para cada enfermedad”, es “un atributo de valoración multidimensional percibido de diferentes formas, la cual puede variar mucho en función de creencias y maneras de afrontamientos como también puede valorar en la dimensión física, psicológica, social y espiritual”. Al respecto, OMS, define “la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural, el sistema de valores en el que vive y referenciando sus metas, expectativas, normas y preocupaciones personales”, es un “concepto amplio que engloba la salud física, el proceso psicológico, el

nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno”.²⁰

Fernández R, por su parte, señala que el concepto de calidad de vida es “esencialmente multidimensional y lo analiza en primer lugar como término de calidad que hace referencia a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que la calidad de vida es más amplia y envuelve a los seres humanos donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización”.²¹

La calidad de vida es la “condición de la existencia del ser humano referida a los modos de vivir en sociedad, esto es, dentro de los límites establecidos en cada momento histórico para vivir la cotidianidad”.²²

Las dimensiones en la calidad de vida son áreas, o perspectivas que se observan en una determinada persona, en este caso, para diferenciar y analizar las necesidades que tienen, si se encuentran afectadas y de qué manera”.

Se mencionan las siguientes:

a) Bienestar físico: Incluye la “habilidad funcional, la salud física en general, síntomas como fatiga / agotamiento, cambios de apetito, dolor, cambios en el dormir y la forma como estos impactan en la salud física del cuidador”. Los puntajes menores en la dimensión física equivalen a una percepción positiva del estado de salud.

b) Bienestar psicológico: Incluye una amplia gama de emociones y preocupaciones desde “el control, felicidad y satisfacción con las cosas de la vida, capacidad de recordación, el significado de la enfermedad, el afrontamiento, evaluación cognitiva, depresión

ansiedad y temor, el puntaje mínimo es equivalente a una percepción negativa emocionalmente”.

Repercute en todos los “ámbitos de la vida: familiar, académico, laboral y social, con toda la riqueza y complejidad del nivel emocional de cada persona: las acciones operan de forma entrelazada en la conciencia cognitiva, afectiva y conductual”.²³

c) Bienestar social: Indaga los “componentes de la interrelación de la calidad de vida describiendo el papel que ellos juegan, apoyo familiar y/otros familiares, carga/ agobio del familiar, el aislamiento social, las finanzas y la función sexual”. El puntaje menor equivale a una percepción positiva de su interacción social.

d) Bienestar espiritual: Busca enfoques como “la religión, espiritualidad, esperanza, desesperación. La aplicación del instrumento permitirá identificar aspectos positivos y negativos de la calidad de vida de los cuidadores principales con enfermedad crónica; el puntaje mínimo es equivalente a una percepción positiva de la espiritualidad”.²⁴

Medición de la calidad de vida (Ferrel y cols.) (1996)

“Este instrumento valora la calidad de vida en el bienestar: físico, psicológico, espiritual y social. Describen las dimensiones a través de 13 indicadores positivos y 16 negativos (o inversos). Tiene un grado de validez y confiabilidad de 0.89, la consistencia presentó un alfa de 0.69 en las cuatro dimensiones”.²⁵

CUIDADORA O CUIDADOR INFORMAL

Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de una persona, como: bañarlo, alimentarlo, escucharlo, apoyarlo a tomar sus decisiones en su diario vivir.

Cuidadores familiares.

Son “personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios”.²⁶

Es la persona que tiene vínculo de parentesco y, “que asume las responsabilidades del cuidado de un ser querido en situación de enfermedad crónica o enfermedad terminal y participa con ellos en la toma de decisiones respecto a su estado de salud”.²⁷

Cuidar bien de uno mismo es una tarea de todos los días y en la medida de sus posibilidades se deben realizar conductas de autocuidado que protejan del desgaste que genera estar a cargo de una persona con una enfermedad crónica, por lo que debe:

- Visitar al médico cuando lo necesite.
- Descansar al menos 6 horas diarias.
- Realizar actividad física (caminar, trotar, baile, etc.) al menos 20 minutos al día.
- Hacer por lo menos tres comidas al día y no saltarse comidas.
- Procurar continuar con sus actividades cotidianas, si es necesario acomodarlas, hacerlas pero no eliminarlas.
- Platicar con su familiar algunos límites sobre lo que se espera como cuidador y de él o ella como paciente.
- Animar a su familiar a no sólo hablar sobre su enfermedad y proponer temas nuevos..²⁸

Grado de dependencia en adultos mayores

La enfermedad crónica generalmente presente en el adulto mayor es considerada como “una alteración progresiva de la salud, donde la persona requiere cuidado y apoyo de la familia y del equipo interdisciplinario de salud; por lo tanto, demanda cierto grado de

dependencia”.²⁹

Según la “recomendación del Consejo de Europa, aprobada en septiembre de 1998, la dependencia se define, como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana o, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.³⁰

La dependencia se puede clasificar en:

- **Total dependencia:** “Hay una pérdida total de la autonomía y, por lo tanto, es indispensable un cuidador para cumplir con las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales”.³¹

- **Parcial dependencia:** El individuo es capaz de favorecer el autocuidado; pero necesita un cuidador que le proporcione apoyo y acompañamiento en algunas actividades instrumentales, en el proceso de la enfermedad y en la asistencia a los servicios de salud”.³²

Intervención del profesional de enfermería en la calidad de vida de los cuidadores.

El profesional de enfermería debe estar atento a “las percepciones y preocupaciones del paciente y su familia, ser moralmente responsable, estar dedicado como profesional y permanecer dispuesto para escuchar, dialogar y responder en situaciones holísticas complejas”.³⁴

Asimismo, debe “comprender la vivencia de la persona y familia como un todo, y entender muy bien el significado de la cronicidad. Este es uno de los requisitos para lograr satisfacer las expectativas con la atención que se les brinda. A partir de esto se debe buscar evitar las complicaciones, trabajar por un cuidado compartido y comprometido, fortalecer el cuidador

principal y reforzarlo en sus logros, dejándole saber que su tarea no es fácil y reconocerle lo que hace de manera adecuada”.³⁵

CAPACIDAD FUNCIONAL

Desde una perspectiva funcional, “un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”. De esta forma, el “concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el adulto mayor, por ello la OMS en el año 1982 propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo el estado de independencia funcional”.³⁶

La independencia funcional es la “capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, la funcionalidad está indemne”.³⁷

Valoración funcional en el adulto mayor

La importancia radica en que los adultos mayores con alteraciones funcionales tienen mayor posibilidad de ser institucionalizados, “hay aumento de la mortalidad y mayor consumo de recursos, e incluso puede predecir futuras discapacidades”. Se estima “que 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 años requieren de ayuda en sus actividades cotidianas, motivo por el cual la capacidad funcional debe ser evaluada minuciosamente. Normalmente, la funcionalidad incluye tres componentes: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y capacidad de movilidad”.

Valoración clínica

Debe iniciarse con una adecuada anamnesis; debido a la presencia de déficits sensoriales como: auditivos y visuales, alteraciones de la comprensión, dificultad en la expresión, afasia, disartria y alteraciones cognitivas”, lo cual hace necesaria la presencia de un familiar para que

brinde la información que se requiere. Es conveniente que el familiar que brinde la información es el que habitualmente vive con el paciente y está al tanto de los síntomas, de los fármacos que consume, hábitos alimentarios y de eliminación.

La “valoración física es uno de los componentes esenciales en la inspección clínica, sin embargo, hay que saber que puede ser difícil realizarla debido a las condiciones del paciente o a su falta de cooperación”.³⁸

Estado de salud funcional.

Silva J., “refiere que se han establecido siete aspectos para medir la funcionalidad:

- Las actividades de la vida diaria, entre ellas las instrumentales y las básicas del diario vivir;
- La salud mental, principalmente el estado cognitivo y el estado de ánimo;
- La funcionalidad psicosocial, concepto cada vez más relevante, en términos de la capacidad de responder a las exigencias de cambio;
- La salud física, donde se centra toda la patología crónica, por lo general;
- Los recursos sociales;
- Los recursos económicos en relación con un parámetro de país, es decir, con un indicador de pobreza, pues no siempre se puede realizar comparaciones entre países según el ingreso per capita, sino de acuerdo con un parámetro local;
- Los recursos ambientales, cuya importancia es cada vez mayor. Por ejemplo, la facilidad que tenga un adulto mayor para usar adecuadamente su casa o para salir de su domicilio y acceder a un consultorio de atención primaria”.³⁹

Valoración funcional física del adulto mayor:

Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es “mediante la evaluación funcional la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada”.⁴⁰

“Es habitual que cuando la persona mayor se desenvuelve con autonomía en tareas como vestirse u ordenar su habitación, entre otras y no demanda ayuda de los demás, suele pasar desapercibida y se ignora su comportamiento autónomo, no reconociendo su esfuerzo”,⁴¹ por ello debemos fortalecer su autonomía con elogios cuando realiza sus actividades cotidianas sin depender en la mayoría de sus actividades de un familiar.

ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE LA CRUZ ROJA.

Es una escala simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. La información se obtiene preguntando al paciente si es mentalmente competente o también si el paciente no da la información requerida se le puede preguntar al cuidador. Clasifica la capacidad de autocuidado en seis grados (0-5), desde la independencia (0) hasta la incapacidad funcional total (5). El tiempo de aplicación es inferior a un minuto”.⁴²

Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

Orem estableció que “la Enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria”.

En esta teoría describe que el “déficit de autocuidado se da cuando la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica y la capacidad de autocuidado desarrollada no son adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente”, aquí actúan los sistemas de enfermería. Se centra en “la práctica de actividades que las personas maduras o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano”, y seguir en el desarrollo personal y el bienestar físico y emocional. Esta teoría se “relaciona con el presente estudio puesto que los familiares cuidadores de pacientes hospitalizados deben poner en práctica medidas de autocuidado orientadas a brindar un mejor cuidado a los pacientes y mejorar su calidad de vida”. ⁴³

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: Sostiene “que la conducta está motivada por el bienestar y el potencial humano; este modelo da respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud”.

Pender, afirma que promocionar la salud significa “disminuir factores de riesgo y aumentar los factores protectores, cambiando estilos de vida, creando una cultura de la salud haciendo de ésta un valor; señalando que las personas que otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla”, y “planteando que las motivaciones personales, creencias y mitos son el motor fundamental que mueve determinadas conductas a favor o en contra de la salud”. ⁴⁴

Expone “los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de conductas de los familiares cuidadores”. “La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado

y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global”.⁴⁵

2.3. HIPÓTESIS:

2.3.1. HIPÓTESIS GLOBAL:

La calidad de vida del cuidador informal es regular y la incapacidad funcional es de grado 4 en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Ica, junio 2016.

2.3.2. HIPÓTESIS DERIVADAS:

HD1: La calidad de vida del cuidador informal de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina según dimensión bienestar físico, psicológico, social y espiritual es regular.

HD2: El grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina según Incapacidad funcional física es de grado 4.

2.4. VARIABLES INDEPENDIENTES:

V. 1. Calidad de vida.

V.2. Grado de incapacidad funcional.

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

Calidad de vida: “Percepción que tienen los familiares cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas sobre su estado de salud y bienestar general en forma holística”.

Cuidado informal: Personas del género masculino o femenino que son responsables directos del cuidado según las necesidades físicas y emocionales de los pacientes hospitalizados.

Capacidad funcional: Es la facultad presente en la persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, o asistencia directa.

Adulto mayor: Personas de “más de 60 años a más para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados”.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

Enfoque: cuantitativo

Diseño: No experimental

Intervalo de ocurrencia: Transversal.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO:

La investigación se llevó a cabo en el servicio de medicina del Hospital Regional de Ica el cual se encuentra ubicado en la Prolongación Ayabaca S/n. camino a Huacachina.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población-muestra estuvo conformada por 57 cuidadores informales y 57 pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina general y especialidades del Hospital Regional de Ica. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina y cuidador informal mayores de edad.
- Cuidador informal que dedica la mayor parte de su tiempo con el paciente adulto mayor hospitalizado.
- Cuidador informal y paciente adulto mayor que aceptaron participar voluntariamente del estudio.
- Paciente adulto mayor hospitalizado de ambos sexos con más de 5 días de hospitalización.

Criterios de exclusión

- Pacientes hospitalizados en otros servicios de hospitalización.
- Cuidador informal que no acepte participar de la investigación.

-Paciente adulto mayor hospitalizado de ambos sexos con menos de 3 días de hospitalización.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnica: encuesta

Instrumento: cuestionario

Para la variable Calidad de vida se utilizó el instrumento Medición de la calidad de vida de un miembro familiar que brinda cuidados a una persona según Ferrel y cols. Tiene un grado de validez y confiabilidad de 0.89, la consistencia presenta un alfa de 0.69 en las cuatro dimensiones. La evaluación de cada ítem se efectúa mediante una escala Likert de 1 a 3, que fue adaptada por el grupo de Docentes de Línea de Investigación Cuidado Paciente Crónico, Facultad Enfermería Universidad Nacional de Colombia, con autorización de la autora Betty Ferrell, el cual tiene como valores final calidad de vida buena, regular y mala.

Para la segunda variable se utilizó la Escala de incapacidad física de la Cruz Roja. Califica en forma de estadios o grados de incapacidad, desde el "0" (normalidad) hasta el "5" (máximo grado de deterioro).

3.5. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio; se presentó una solicitud el cual se gestionó a través de la Dirección de la Institución de Salud, Hospital Regional de Ica. Una vez obtenido el permiso para la recolección de datos, previo saludo a los cuidadores de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina; se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de aplicación del instrumento fue de aproximadamente 20 minutos. En todo momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y la confidencialidad.

Concluida la recolección de datos se les agradeció por su participación.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El procesamiento de datos se realizó mediante el Programa Microsoft Excel.

Una vez realizada la recolección de datos, se elaboró la matriz la cual permitió obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación o medición, los cuales así mismo fueron procesados en forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. Para la presentación de los hallazgos se realizaron cuadros estadísticos, los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida. El análisis de información se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva presentando los resultados en tablas y gráficos.

Para la variable calidad de vida del cuidador informal el cual consta de 30 ítems se utilizó la estadística de la media aritmética por dimensiones y de forma global y es la que a continuación se detalla:

BIENESTAR FISICO:

Buena (5-8 pts.)

Regular (9-12 pts.)

Mala (13-15 pts.)

BIENESTAR PSICOLOGICO:

Buena (10-16 pts.)

Regular (17-23 pts.)

Mala (24-30 pts.)

BIENESTAR SOCIAL:

Buena (7-11 pts.)

Regular (12-16 pts.)

Mala (17-21 pts.)

BIENESTAR ESPIRITUAL:

Buena (8-13 pts.)

Regular (14-19 pts.)

Mala (20-24 pts.)

GLOBAL:

Buena (30-50 pts.)

Regular (51-70 pts.)

Mala (71-90 pts.)

Para la variable grado de incapacidad funcional se realizó una sumatoria simple para luego ingresar los resultados en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS:

TABLA 1

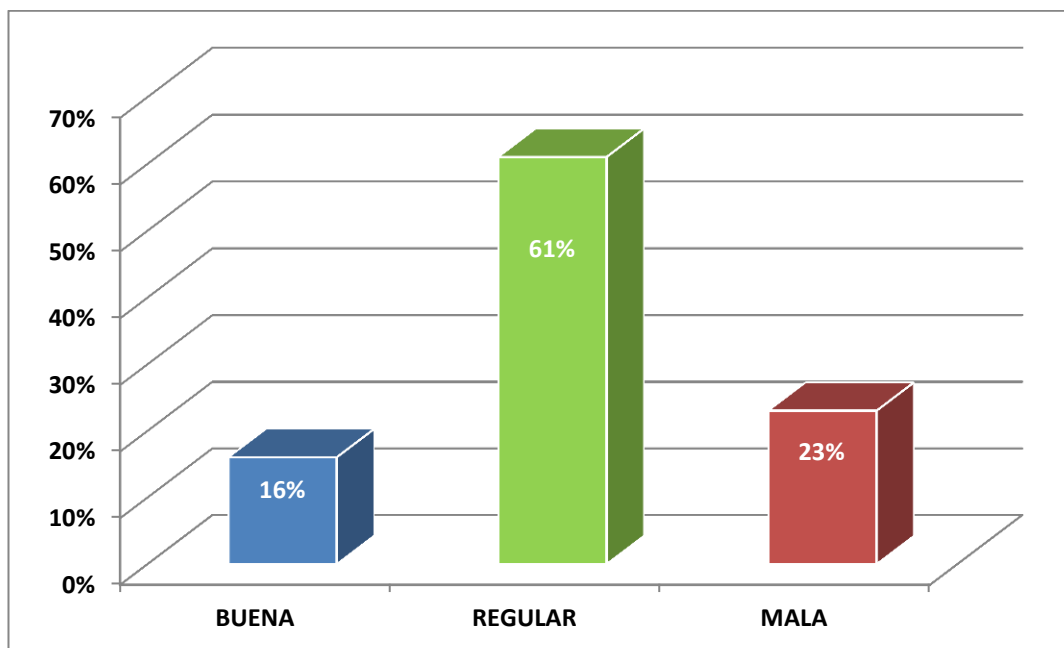
**DATOS GENERALES DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA, JUNIO 2016.**

DATOS GENERALES	Fr.	%
EDAD		
18-30 años	20	35
31-43 años	18	31
44-56 años	13	23
57 a más	6	11
SEXO		
Masculino	20	35
Femenino	37	65
PARENTESCO CON EL ENFERMO		
Conyugue	6	11
Hijos	33	58
Nietos	11	19
Hermanos	3	5
Amigos	4	7
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	8	14
Secundaria	21	37
Superior	28	49
TOTAL	57	100%

Se observa que el 35%(20) de los cuidadores tienen edades entre 18-30 años, en relación al sexo predomina el femenino en 65%(35), en cuanto al parentesco con el enfermo el 58%(33) de los cuidadores son hijos, en cuanto al grado de instrucción predomina el superior en 49%(28) según datos obtenidos.

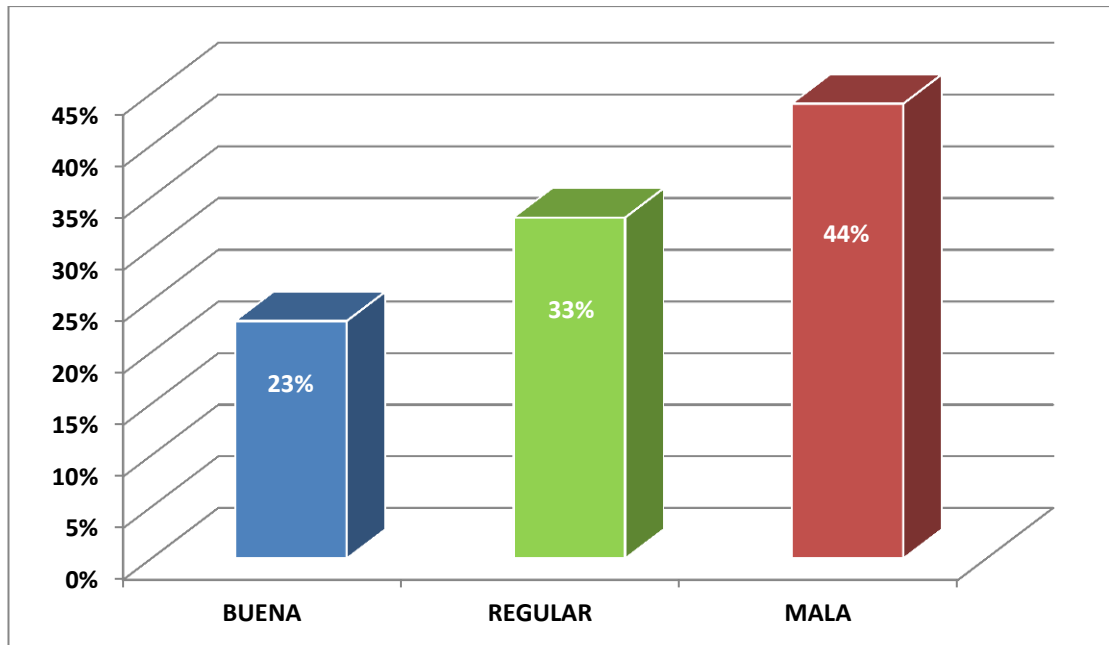
GRÁFICO 1

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.



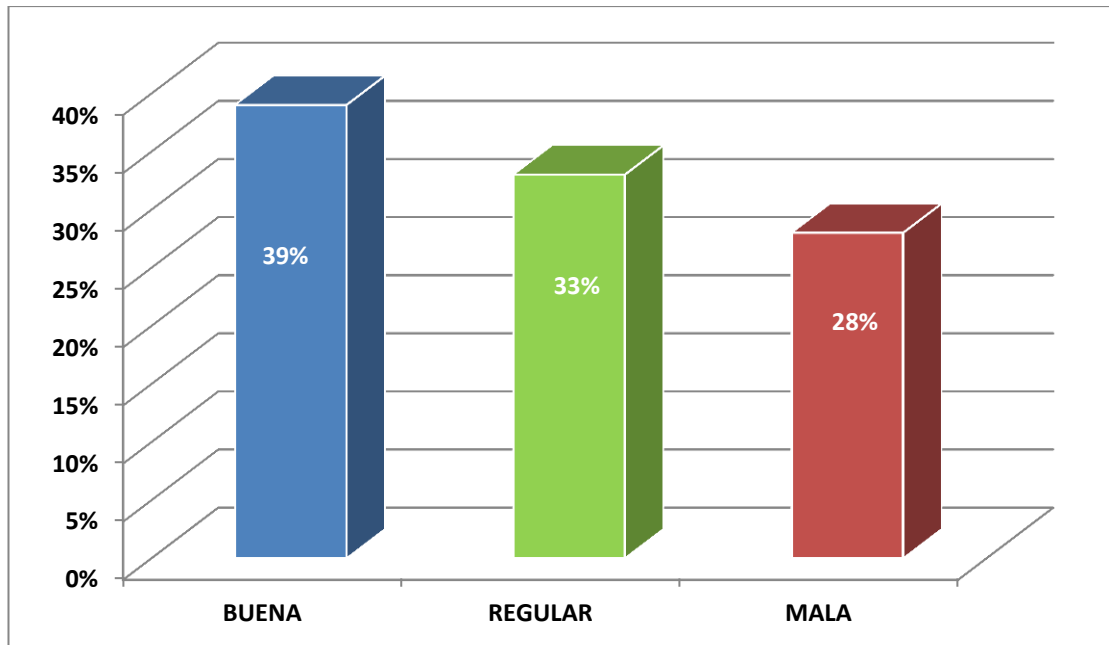
Del 100%(57) de los cuidadores informales, el 61%(35) tiene calidad de vida regular, seguido del 23%(13) con mala calidad de vida y solo el 16%(9) cuenta con buena calidad de vida.

GRÁFICO 2
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.



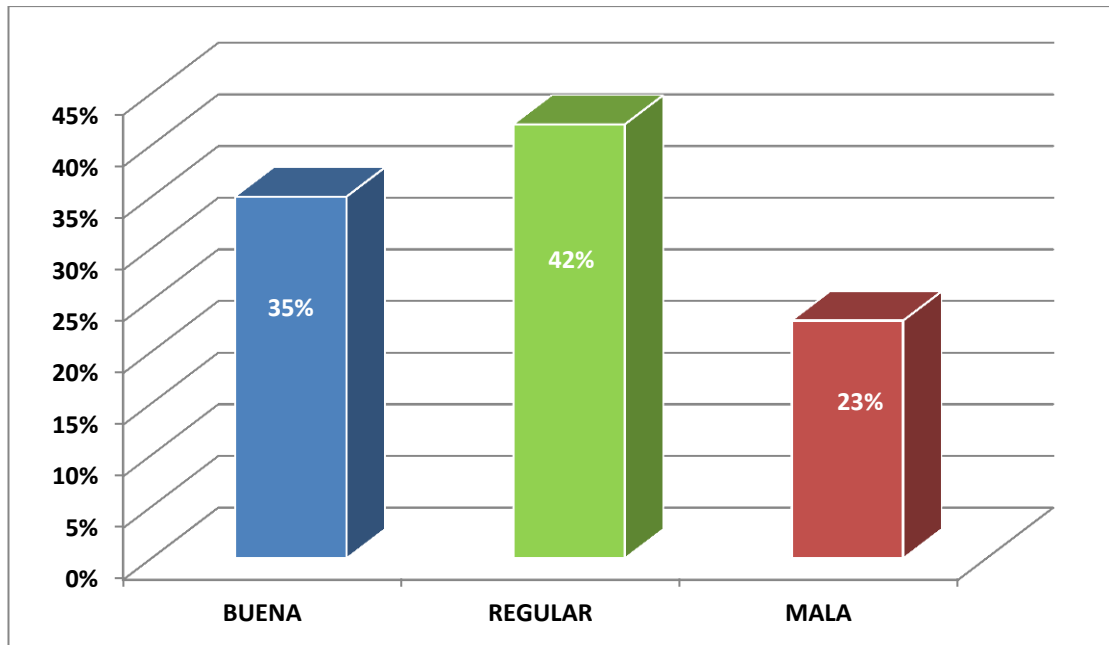
La calidad de vida del cuidador informal es mala en 44%(25), regular en 33%(19) y buena n 23%(13).

GRAFICO 3
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.



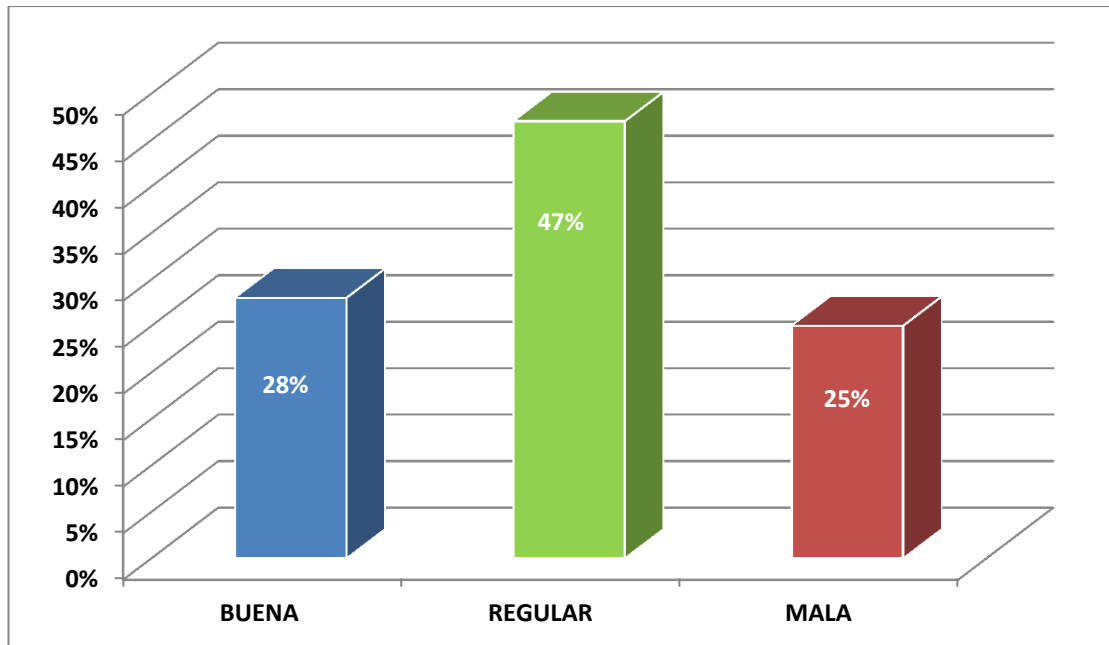
La calidad de vida del cuidador informal es buena en 39%(22), seguido del 33%(19) con regular calidad de vida y por último el 28%(16) con mala calidad de vida.

GRÁFICO 4
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN BIENESTAR ESPIRITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA, JUNIO 2016.



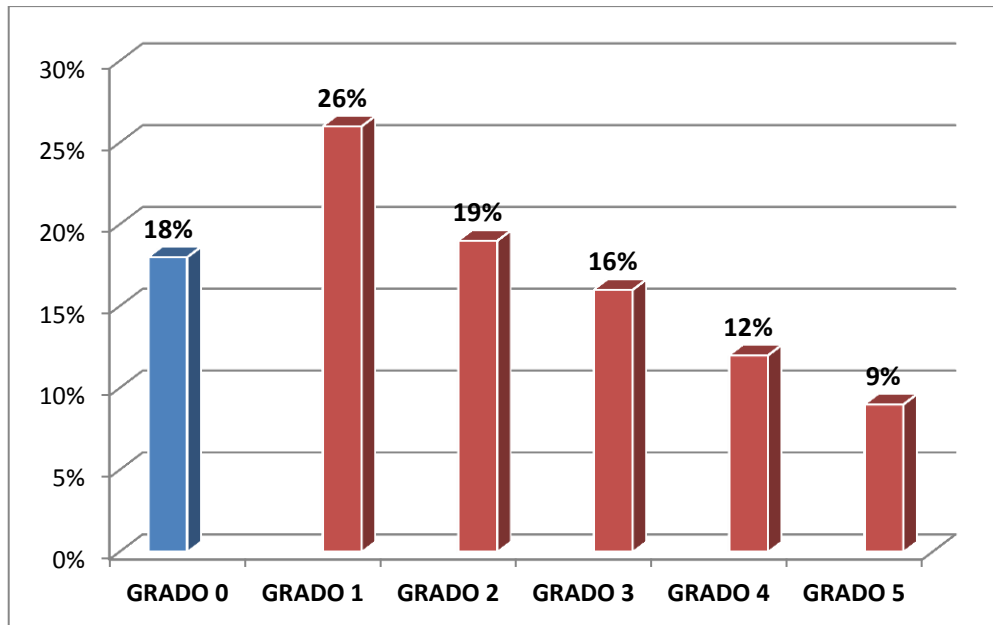
La calidad de vida del cuidador informal es regular en 42%(24), buena en 35%(20) y mala en 23%(13) según resultados obtenidos.

GRÁFICO 5
CALIDAD DE VIDA GLOBAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.



La calidad de vida del cuidador informal es regular en 47%(27), buena en 28%(16) y mala en 25%(14) según resultados obtenidos.

GRÁFICO 6
GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.



Del 100%(57) de los adultos mayores el 18%(10) presenta grado 0, el 26%(15) grado1, seguido del 19%(11) con grado 2, el 16%(9) con grado 3, seguido del 12%(7) en grado 4 y por último el 9%(5) presenta grado 5.

4.2. DISCUSIÓN:

Tabla 1: El 35% de los cuidadores tienen edades entre 18-30 años, predomina el sexo femenino en 65%, el 58% de los cuidadores son los hijos y el 49% tiene instrucción superior. Resultados similares con Romero-Massa E, Rodríguez-Castilla J, Pereira-Díaz B.¹² el 75,1 % de los cuidadores tenían edades entre 36 a 59 años de edad, 76,9 % era de sexo femenino, Rodríguez-Medina R, Landeros-Pérez M.¹³ el 48.9% de los cuidadores era la hija; Rosina E, Okino N, Ferreira J.¹⁴ la mayoría de los cuidadores era del sexo femenino, hijas, Alejandre-Navarro M.¹⁵ la mayoría de los cuidadores son mujeres en 73.3%; y finalmente Del Águila-Coquinche C, Schérmuly-Gómez L, Yabar Soria P.¹⁷ predomina el sexo femenino con 55,0%.

Se puede apreciar que el cuidador generalmente es la hija del paciente quien provee de atención y cuidados. El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos sanguíneos, que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntaria, el cual permite inferir que es debido a los patrones culturales existentes en nuestra sociedad de machismo, donde se le asigna a la persona de sexo femenino, el rol de cuidadora de personas dependientes, como niños, ancianos y personas con discapacidades físicas y psíquicas.

Gráfico 1: El 61% tiene calidad de vida regular, seguido del 23% con mala calidad de vida y solo el 16% cuenta con buena calidad de vida. Los resultados son parecidos con Romero-Massa E, Rodríguez-Castilla J, Pereira-Díaz B.¹² “La sobrecarga que se manifestó por parte del cuidador se asoció especialmente en las dimensiones física”, Ramos- Tarazona C.¹⁸ , el 78,0% tuvo regular calidad de vida.

Esta dimensión ²³ incluye la “habilidad funcional, la salud física en general, síntomas que puede presentar el cuidador como fatiga,

agotamiento, cambios de apetito, cambios en el dormir y la forma como estos impactan en la salud física del cuidador”.

Muchas veces, el cuidador ve afectada su salud, por ende su bienestar sintiéndose incapaz de afrontar tan delicada responsabilidad actual, también se sienten agobiados por lo delicado de los cuidados que debe brindar. Por la intensidad y costo de la carga física se puede sugerir a la familia que llega a la hora de visita que sea una responsabilidad compartida, donde se tenga en cuenta las necesidades de la persona que es cuidada y del cuidador, para alcanzar el bienestar físico de los cuidadores y que el desempeño de este rol no dañe su salud.

Gráfico 2: La calidad de vida es mala en 44%, regular en 33% y buena en el 23% de los cuidadores de los pacientes adultos mayores. Resultados parecidos con Romero-Massa E, Rodríguez- Castilla J, Pereira-Díaz B.¹² en el cual “la sobrecarga que se manifestó por parte del cuidador se asoció especialmente en la dimensión psicológica.

Los resultados que se presentan permiten inferir que los cuidadores pueden experimentar emociones negativas dependiendo de las circunstancias en que se asume el rol de cuidador, pueden sentir que no se encuentran preparados para afrontar esta situación al asumir el papel de cuidador; por lo que el profesional de salud debe realizar intervenciones basadas en el fortalecimiento de la salud física y mental tanto del cuidador como de la familia a través de acciones educativas con la finalidad de promover la salud.

Gráfico 3: La calidad de vida es buena en 39%, seguido del 33% con regular calidad de vida y por último el 28% con mala calidad de vida. Resultados opuestos con Ramos- Tarazona C.¹⁸; “el 85,3% tuvo una regular de vida”.

Se encuentran resultados donde el 33% de la población estudiada tienen regular calidad de vida y el 28% presenta mala calidad de vida; lo cual podría ser el resultado que tiene el cuidado del familiar para el cuidador, en su vida personal, familiar y para las personas que lo rodean. Todo ello repercute en un desgaste que puede complicarse con factores como la duración del cuidado del paciente y el cuidado desde el momento del diagnóstico. Por otro lado, los resultados en el cual se evidencia buena calidad de vida podría deberse al soporte que reciben por miembros de sus propias familias, amigos o conocidos, los cuales son percibidos como importantes para ellos, por lo cual es necesario un mayor impacto en las redes de apoyo formal, con la finalidad de responder en forma adecuada según las necesidades requeridas por los cuidadores.

Gráfico 4: La calidad de vida del cuidador informal es regular en 42%, buena en 35% y mala en 23% según resultados obtenidos, que tienen similitud con Ramos- Tarazona C.¹⁸ en la “dimensión bienestar espiritual, el 68,3% presentó una regular calidad de vida”.

Esta dimensión incorpora aspectos como la religión, espiritualidad, esperanza, desesperación, confirma también la necesidad de contar con políticas a nivel gubernamental que presten apoyo a estas personas que brindan cuidados a sus parientes hospitalizados con verdadero compromiso en la atención que brinda.

Gráfico 5: La calidad de vida global del cuidador informal es regular en 47%, buena en 28% y mala en 25%, resultados similares con Ramos- Tarazona C.¹⁸ en el cual “el 82,9% de familiares cuidadores de pacientes tiene regular calidad de vida”.

Estos resultados reflejan la calidad de vida del cuidador familiar que puede estar representada por múltiples factores, uno de ellos sería el grado de dependencia funcional, el cual podría también influir sobre la percepción personal manifestada por el cuidador con respecto a su

bienestar principalmente físico y psicológico, que resultaron ser los más afectados entre los cuidadores familiares que fueron sujeto de estudio.

En definitiva, los resultados que se presentan de la investigación realizadas son favorables para enfermería, no solo en la contribución con el cuerpo teórico de conocimientos de la disciplina, sino que brindan la oportunidad para que el profesional de enfermería ofrezca cuidados direccionados a las necesidades de los cuidadores familiares, contribuyendo de esta forma a mejorar su calidad de vida.

Gráfico 6: El 18% de los pacientes adultos mayores hospitalizados según la aplicación del test de la Cruz Roja tiene grado 0, el 26% presenta grado 1; el 19% presenta grado 2, el 16% con grado 3, seguido del 12% en grado 4 y por último el 9% presenta grado 5 según resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento, y que se pueden comparar con Navarrete C.¹⁹ en el cual el 37% de los adultos mayores son independientes, 33% tienen grado de dependencia parcial y el 30% son dependientes totales. Asimismo, Silva E.¹⁶ halló un 13.4% de discapacidad, de mayor dependencia, a mayor edad, féminas, amas de casa, con baja escolaridad e insatisfechos fundamentalmente por sentimiento de soledad.

La enfermedad crónica por la que se encuentran atravesando los pacientes adultos mayores hospitalizados en el cual necesita del cuidado y apoyo del cuidador familiar que le brinde afecto y seguridad emocional, así como del equipo multidisciplinario de salud; el cual demanda cierto grado de dependencia en la necesidad de asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, como el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia importante a fin de realizar sus actividades de la vida diaria y, de modo particular, los aspectos de su higiene personal.

El cuidador tiene ciertas características socioculturales, como lo confirman los resultados en la investigación como el ser de sexo femenino, en este caso la hija, con vínculos afectivos, que ayudan al cuidado de familiares con algunos grados de dependencia haciendo que esta labor muchas veces no sea visible ni se reconozca socialmente; sin embargo, es evidente la reorganización familiar para adaptarse a los nuevos cambios y rutinas en el cuidado a su pariente por la enfermedad de su familiar.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

1. La calidad de vida del cuidador informal de pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina según dimensión bienestar físico y espiritual es regular aceptándose la hipótesis para estas dimensiones y se rechaza para la dimensión psicológica y social.
2. El grado de incapacidad funcional de los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina según Incapacidad funcional física es de grado 1 por lo que se rechaza la hipótesis derivada 2 de la investigación.

5.2. RECOMENDACIONES:

- 1.** A la Enfermera Supervisora del servicio de Medicina, para que fortalezcan la promoción de la salud y diseñen programas educativos con sesiones educativas para los cuidadores familiares de pacientes al alta, que permita fortalecer las falencias existentes apoyando las actividades de cuidado de los cuidadores cuando se encuentren en el hogar, asimismo realice coordinaciones a través del equipo multidisciplinario de salud que incluya un psicólogo el cual pueda brindar apoyo, consejo, protección y acompañamiento durante el proceso de cambio en el que se ven sometidos los cuidadores de los adultos mayores

- 2.A** la sociedad, y al personal de salud, que debe fomentar el envejecimiento activo y que el sistema sanitario adopte una perspectiva del ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo y justo en la atención primaria y especializada con un enfoque equilibrado de cuidados de enfermedades de larga duración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales, julio-diciembre, año/vol. 18, número 002. [Fecha de acceso 19 de junio de 2015] URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29118209.pdf>.
2. Parraga M. ¿Quién cuida a los cuidadores? Enfermería Global. Mayo 2009. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2015] URL disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART13789/y_quien_cuida_a_los_cuidadores.pdf.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de privación sensorial en el adulto mayor. [Serial online]. 2013; [Fecha de acceso 19 de junio de 2015] 611-613. URL disponible en: http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Documents/611_GRR.pdf.
4. Martínez R. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. [Serial online]. 2011; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-saludpublica&catid=1796%3Afacts&Itemid=194&lang=es
5. García C, Otero Y. Depresión y burnout en cuidadores primarios de los pacientes con insuficiencia renal crónica de la Universidad del Valle de México campus Tlalpan. Disponible en: http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Depresi%C3%B3n%20y%20Burn%20out%20Cuidadores_04_CSO_PSIC_PICSJ_D.pdf.
6. Larrañaga I. Unai M. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las

- desigualdades de género. 2011. URL disponible en:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112008000500008&script=sciartext>.
7. Catedral M, Arias E, Garibay M. Saldaña G. Calidad de vida y género de los cuidadores de adultos mayores. [Fecha de acceso 3 de abril de 2016]. URL disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Calidad-De-VidayG%C3%A9nero-De/113233.html>.
 8. Conferencia Episcopal Peruana. Campaña compartir 2012 - [En línea] Perú [Fecha de acceso 16 de mayo 2016] URL disponible en: www.iglesiacatolica.org.pe/compartir/material/texto_base2012.pdf.
 9. Luna V. Población Adulta Mayor en Perú. Trujillo [Serie en línea]. 2011; URL disponible en <http://www.concortv.gob.pe/file/participacion/eventos/2011/09-trujillo/elia-luna.pdf>.
 10. Demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud 2006-2010. [Serial online]. 2014; [Fecha de acceso 2 de noviembre de 2015]; 11-13. URL disponible en: <http://www.inei.gob.pe>.
 11. Ferré G. Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Ed. Primera. Ed Publidisa, S. A.
 12. Romero E, Rodríguez J, Pereira B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales. Universidad de Cartagena. Colombia. 2015. [Tesis licenciatura], Revista cubana de enfermería. Inicio > Vol. 31, Núm. 4 (2015) > Romero Massa
 13. Rodríguez R, Landeros M. Sobrecarga del agente de cuidado dependiente y su relación con la dependencia funcional del adulto mayor. Departamento de Enfermería, [Tesis licenciatura]; Universidad de Guanajuato, México. [Fecha de acceso 24 de mayo de 2016]; URL disponible en: www.elsevier.es > Inicio > Enfermería Universitaria. Vol. 11. Núm. 03. Julio - septiembre 2014.

14. Rosina E, Okino N, Ferreira J. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. [Tesis licenciatura], Rev. Latino-Am. Enfermagem sept.- oct. 2013; 21(5): 1-8.
15. Alejandro M. Calidad de vida en el cuidador informal de paciente en tratamiento de hemodiálisis Minatitlán, Veracruz México. [Tesis licenciatura], 2013 URL disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/16756804.pdf>.
16. Silva E. Capacidad funcional y bienestar subjetivo de los pacientes geriátricos del Municipio Cerro. [En línea] Revista Cubana de Tecnología de la Salud. [Tesis especialidad] 2012 – [Fecha de acceso 25 de junio de 2016], URL disponible en: revtecnologia.sld.cu/Inicio > Vol 2, No 2. Revista Cubana de Tecnología de la Salud.
17. Del Águila C, Schérmuly L, Yabar P. Relación entre los síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan MINSA [Tesis licenciatura], 2014. Iquitos. [Fecha de acceso 19 de junio de 2015] URL disponible en: dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/.../Tesis%20completa.p...
18. Ramos C. Calidad de vida de los familiares cuidadores de pacientes con cáncer terminal, usuarios del programa de atención domiciliaria de salud Huánuco” Huánuco – Perú. [Tesis licenciatura], 2016. URL disponible en: repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/.../T_047_47621390_T.pdf?...por CR Ramos Tarazona - 2016.
19. Navarrete C. Valoración funcional y cognitiva del adulto mayor del centro poblado, Fonavi San Martín 2da y 3era etapa Ica Subtanjalla. Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica.
20. Organización Mundial de la Salud. Calidad de vida. Washington: OMS; 2008. [Base de datos] URL disponible en:

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/.../summary_es.pdf.

- 21.** Fernández R. Calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas. *Anuario de Psicología*. 2008. 73 (12): 89 – 104.
- 22.** Barrera L, Pinto N, Sánchez B. El enfermo crónico y su cuidador familiar. *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- 23.** Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Séptima sección Madrid 2008*; 7 (3): 235 – 255.
- 24.** Vargas L, Pinto N. Calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente con cáncer. *Rev. Av. Enferm*.
- 25.** Barrera L, Carrillo G, Chaparro I, Sánchez B, Vargas E, Carreño, P. Validez de constructo y confiabilidad del instrumento calidad de vida versión familiar en español.
- 26.** Pérez I. Síndrome de desgaste en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos [Tesis maestría], México, 2009. UNAM.
- 27.** Osorio M. Calidad de vida de los familiares cuidadores de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. [Tesis de Maestría]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- 28.** La importancia de fomentar el bienestar de una cuidadora o un cuidador primario. septiembre 28, 2016 Categories Psicología URL disponible en: [clínica Leave a comment](http://www.clinica.com) <https://sepimex.wordpress.com/2016/09/2010>; 28(1): 116 – 128.
- 29.** Impacto socio sanitario de las enfermedades neurológicas en España: discapacidad y dependencia [internet]; Disponible en: http://www.feeneurologia.com/html/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=66&limitstart=3

30. Gómez J, Lesende I, Regato P, Baztán J. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Dependencia; 2009 [Fecha de acceso 19 de junio de 2016] Recuperado de: http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_Cientificos/Prevencion%20Dependencia%20mayores.pdf.
31. Achury D, et al. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia Bogotá (Colombia), 13 (1): 27-46, enero-junio de 2011 Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 13 N° 1
32. Barrantes M, García E, Gutiérrez L, Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Méx [internet]. 2009 [Fecha de acceso 22 de octubre 2016]. Disponible en: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002045>.
33. Díaz L. Cómo perciben los cuidadores la situación crónica de enfermedad del niño. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 227-9.
34. Orbegoso A. Ética y enfermería [internet]; 2013. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/dilemas-eticos-final-vida/02%20Orbegozopdf>.
35. Zabalegui A. El rol del profesional de enfermería. Aquichán [internet]. 2008; 3(3):16-20. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/741/74130304.pdf>.
36. Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS (1995). Hacia el bienestar de los ancianos. Washington DC, EE.UU. Red Scielo
37. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Geriátrica (2009). Evaluación funcional de adulto mayor. Proyecto FONDEF, Santiago de Chile.
38. Domínguez A, García J. Valoración geriátrica integral. Atención Familiar Volume 21, Issue 1, January–March 2014, Pages 20–23 URL disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300062

- 39.** Silva J. Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile. URL disponible en: www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/667
- 40.** Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev. Esp. Geriatria Gerontologia, 1997; 32(5): 297- 306.
- 41.** Adulto mayor: Una nueva etapa de vida, guía de orientación para la comprensión y atención psicológica en la edad avanzada. [En línea] 2009 [Fecha de acceso 28 de octubre de 2016] URL disponible en: www.yinyangperu.com/adulto_mayor_nueva_etapa_de_vida.html.
- 42.** Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz J. Rev. Esp Geriatr y Gerontol; 26.3 (197-202), 1991.
- 43.** Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. México: Mosby – Year Book; 2011.
- 44.** Pender N. Modelo de promoción de la salud. 4ta Edición. Barcelona: Ediciones Rol; 1996.
- 45.** Pender N. Modelo de promoción de la salud. En: Marriner T. Modelos y teorías de Enfermería. Barcelona: Ediciones Rol; 1989.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpuche V, Ramos B, Rojas M, Figueroa C. Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales, julio-diciembre, año/vol. 18, número 002.
- Astudillo W, Mendinueta C. Necesidades de los cuidadores del paciente crónico. Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa. Séptima sección Madrid 2008; 7 (3): 235 – 255.
- Avellaneda A, Izquierdo M, Torrent J, Ramón J. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque socio sanitario. An Sist Sanit Navar. 2007;30(2):177-90
- Barrera L, Pinto N, Sánchez B. El enfermo crónico y su cuidador familiar. Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Bogotá: Editorial Universidad Nacional de Colombia; 2010.
- Díaz L. Cómo perciben los cuidadores la situación crónica de enfermedad del niño. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. p. 227-9.
- Fernández R. Calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas. Anuario de Psicología. 2008. 73 (12): 89 – 104.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4ª. Ed. México: Mc Graw –Hill Interamericana, 2006. Consultado el 6 abril de 2011
- La importancia de fomentar el bienestar de una cuidadora o un cuidador primario. septiembre 28, 2016 Categories Psicología
- Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. México: Mosby – Year Book; 2011.
- Pender N. Modelo de promoción de la salud. 4ta Edición. Barcelona: Ediciones Rol; 1996.
- Romero E, Rodríguez J, Pereira B. Sobrecarga y calidad de vida percibida en cuidadores familiares de pacientes renales.

Universidad de Cartagena. Colombia. 2015. Revista cubana de enfermería. Inicio > Vol. 31, Núm. 4 (2015) > Romero Massa

- Rosina E, Okino N, Ferreira J. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar. [Tesis licenciatura], Rev. Latino-Am. Enfermagem sept.- oct. 2013; 21(5): 1-8.
- Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el Índice de Katz J I Montalvo et al. Rev Esp Geriatr y Gerontol; 26.3 (197-202), 1991.

ANEXOS

	<p>sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.</p>		<p>Bienestar social</p> <p>Bienestar espiritual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estado psicológico general. ✚ Apoyo que recibe ✚ Interferencia en las relaciones personales ✚ Impacto de la enfermedad ✚ Interferencia con las actividades del hogar ✚ Aislamiento por la enfermedad ❖ Estado social general ❖ Actividades religiosas ❖ Meditación, oración ❖ Incertidumbre por el pariente ❖ Cambios en su vida ❖ Esperanza ❖ Estado espiritual general.
--	--	--	---	---

VARIABLE	DEF. CONCEP.	DEF. OPERAC.	DIMENSIONES	INDICADORES
GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL	<p>Es la pérdida parcial o total de la capacidad innata de un individuo, ya sea por causas relacionadas con enfermedades congénitas o adquiridas, o por lesiones que determinan una disminución en las capacidades de la persona.</p>	<p>Viene a ser la incapacidad funcional física del paciente adulto mayor hospitalizado del cuidador informal, el cual será medido a través de un cuestionario el cual tendrá como valor final: Grado 0, Grado 1, Grado 2, Grado 3, Grado 4 Grado 5.</p>	<p>Incapacidad funcional física.</p>	<p>Se vale por sí mismo y anda con normalidad.</p> <p>Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria.</p> <p>Deambula con alguna dificultad.</p> <p>Continencia normal.</p> <p>Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda.</p> <p>Deambula con bastón u otro medio de apoyo.</p>

				<p>Continencia normal o rara incontinencia.</p> <p>Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria.</p> <p>Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona.</p> <p>Incontinencia ocasional.</p> <p>Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria.</p> <p>Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2</p>
--	--	--	--	---

				<p>personas. Incontinencia habitual.</p> <p>Inmovilidad en cama o sillón.</p> <p>Necesita cuidados de enfermería constantes.</p> <p>Incontinencia total.</p>
--	--	--	--	--

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado Sr (a): Buenos días/ tardes, soy Bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista de la Escuela de enfermería y vengo a solicitarle su colaboración para el desarrollo de trabajo de investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL Y GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL DE JUNIO 2016.**

Se le agradece anticipadamente su colaboración ya que es muy importante conocer su respuesta teniendo en cuenta que el cuestionario es totalmente anónimo y confidencial por lo que se solicita su total veracidad en el desarrollo.

I. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera.

II. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR

1. Edad:

- a) 18 a 30 años
- b) 31 a 43 años
- c) 44 a 56 años
- d) 57 a más años.

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Parentesco con el enfermo:

- a) Cónyuge
- b) Hijos
- c) Nietos
- d) Hermanos
- e) Amigos.

4. Grado de instrucción.

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

III. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

A. BIENESTAR FÍSICO.

Hasta qué punto es un problema para usted, cada una de las siguientes afirmaciones:		Ningún problema	Problema severo
		(1)	(3)
1	Fatiga/agotamiento		
2	Cambios en el apetito		
3	Dolor		
4	Cambios en el dormir		
5	Salud física en general		

B. BIENESTAR PSICOLÓGICO

5. ¿Qué tan difícil es para Ud. lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con una enfermedad crónica?

- a) Nada fácil
- b) Muy difícil

- 6. ¿Qué tan buena es su calidad de vida?**
- a) Excelente
 - b) Sumamente mala
- 7. ¿Se siente en control de las cosas en sus vidas?**
- a) Nada en absoluto
 - b) Completamente
- 8. ¿Hasta qué punto le satisface su vida?**
- a) Completamente
 - b) Absolutamente nada
- 9. ¿Cómo clasificaría su capacidad para concentrarse o recordar cosas?**
- a) Excelente
 - b) Sumamente mala.
- 10. ¿Cuánta aflicción/angustia, le causaron el diagnóstico y tratamiento de su pariente (quimioterapia, radiación, y/o procedimientos médicos -quirúrgicos)**
- a) Nada en absoluto
 - b) Muchísimo.
- 11. ¿Cuánto decaimiento siente usted?**
- a) Nada en absoluto
 - b) Muchísimo.
- 12. ¿Tiene miedo/temor que le dé una segunda enfermedad a su pariente?**
- a) Nada en absoluto

b) Muchísimo.

13. ¿Tiene miedo/temor que le propague la enfermedad a su pariente?

a) Nada en absoluto

b) Muchísimo.

14. Clasifique su estado psicológico en general

a) Excelente

b) Malo.

c)

C. BIENESTAR SOCIAL

		Nada en absoluto	Muchísimo
		(1)	(3)
15.	¿Es el nivel de apoyo que recibe de parte de otros, suficiente para satisfacer sus necesidades?		
16	¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su pariente con sus relaciones personales?		
17	¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y tratamiento de su pariente con su sexualidad?		
18	¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su pariente con su empleo?		
19	¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su pariente con las		

	actividades de usted en el hogar?		
20	¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a la enfermedad y tratamiento de su pariente?		
21	¿Clasifique su estado social en general?		

D. BIENESTAR ESPIRITUAL

Ítems		Nada en absoluto	Muchísimo
		(1)	(3)
22	¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, para satisfacer sus necesidades?		
23	¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?		
24	¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades personales, tales como la oración o la meditación suficiente para satisfacer sus necesidades?		
25	¿Cuánta incertidumbre / duda siente usted en cuanto al futuro de su pariente?		
26	¿Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha realizado cambios positivos en la vida de usted?		
27	¿Siente usted una sensación de propósito/misión en cuanto a su vida, o una razón por la cual se encuentra vivo?		

28	¿Cuánta esperanza siente usted?		
29	Clasifique en general su estado espiritual	Bueno (1)	Malo (3)

ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA (CRUZ ROJA)

	ITEMS	SI	NO
Grado 0	Se vale por sí mismo y anda con normalidad		
Grado 1:	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria.		
	Deambula con alguna dificultad.		
	Continencia normal.		
Grado 2:	Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda.		
	Deambula con bastón u otro medio de apoyo.		
	Continencia normal o rara incontinencia		
Grado 3:	Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria.		
	Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona.		
	Incontinencia ocasional		
Grado 4:	Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria.		
	Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas.		

	Incontinencia habitual.		
Grado 5:	Inmovilidad en cama o sillón.		
	Necesita cuidados de enfermería constantes.		
	Incontinencia total.		

ANEXO 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	1	1	1	1	1	0.031
3. Las preguntas planteadas miden al problema planteado	1	1	1	1	1	0.031
4. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	1	1	1	1	1	0.031
5. Los términos utilizados son comprensibles	1	1	1	1	1	0.031
6. Las preguntas son claras	1	1	1	1	1	0.031
7. El número de preguntas es adecuado	1	1	1	1	1	0.031

P= 0.217/7

P = 0.031

P< 0.05

Entonces el instrumento es válido.

ANEXO 4

TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS

DATOS GENERALES	ITEMS
EDAD	
18-30 años	1
31-43 años.	2
44-56 a más	3
57 a mas	4
SEXO	
Masculino	1
Femenino	2
PARENTESCO CON EL ENFERMO	
Conyugue	1
Hijos	2
Nietos	3
Hermanos	4
Amigos	5
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Analfabeto	1
Primaria	2
Secundaria	3
Superior	4
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL(Bienestar físico)	
Ningún problema	Problema severo
1	3
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL(bienestar psicológico)	
a	b

1	3
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL(Bienestar social)	
Nada en absoluto	Muchísimo
1	3
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL(Bienestar espiritual)	
Nada en absoluto	Muchísimo
1	3

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$$

Donde:

S_i^2 : La suma de la varianza de cada ítems.

S_t^2 : La varianza del total

K : el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{30}{30 - 1} \left(1 - \frac{16.50}{48.50} \right)$$

(1,03) (1- 0,34)

(1,03) (0,66)

Alfa de Cronbach: 0,67

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto el instrumento es medianamente confiable.

ANEXO 6

TABLA MATRIZ DE LA PRIMERA VARIABLE

CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL																																								
DATOS GENERALES					BIENESTAR FISICO						BIENESTAR PSICOLÓGICO										BIENESTAR SOCIAL							BIENESTAR ESPIRITUAL												
N°	1	2	3	4	1	2	3	4	5	ST	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	ST	16	17	18	19	20	21	22	ST	23	24	25	26	27	28	29	30	ST	T	
1	1	1	2	3	3	1	3	3	3	13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	1	1	1	1	1	1	3	9	1	3	1	3	3	3	3	3	3	20	72
2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	5	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	14	1	1	1	1	1	1	7	3	1	1	3	3	3	1	3	18	44		
3	2	2	3	4	3	3	3	1	3	13	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	24	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	3	3	3	3	3	16	60	
4	1	2	2	3	1	1	3	1	3	9	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	26	1	3	1	1	3	3	15	1	3	1	3	1	1	1	1	1	12	62	
5	2	1	2	3	3	1	1	1	1	7	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	14	3	1	1	3	3	3	17	1	3	1	1	3	1	1	1	1	12	50	
6	3	1	2	3	3	3	3	3	3	15	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	26	1	1	1	1	3	3	13	1	3	3	3	3	3	1	1	1	18	72	
7	1	1	2	3	1	1	3	3	1	9	1	3	3	1	3	3	3	3	1	1	22	1	3	1	3	1	3	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	52	
8	2	2	3	3	1	1	1	3	1	7	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1	16	1	3	1	1	3	3	15	3	3	3	3	3	3	1	1	20	58		
9	3	2	2	3	3	3	3	3	1	13	1	3	1	3	3	1	3	3	3	1	22	3	3	3	3	3	1	19	1	1	1	1	1	1	1	3	10	64		
10	1	2	2	4	1	1	3	3	1	9	1	3	1	3	1	3	3	1	1	1	18	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	42	
11	3	2	3	4	1	1	3	3	1	9	1	3	1	3	1	3	3	1	3	1	20	3	3	3	3	3	1	19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	56	
12	3	1	2	4	1	1	3	3	1	9	1	3	1	3	1	3	3	1	3	1	20	1	1	1	1	1	1	9	1	3	1	1	3	3	1	1	14	52		
13	1	1	2	4	1	1	3	1	1	7	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	24	1	1	1	1	1	1	7	3	1	1	3	3	3	3	1	18	56		
14	1	1	2	4	3	1	3	1	3	11	3	1	1	3	1	3	1	1	3	1	18	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	3	3	3	1	14	50		
15	1	2	2	4	1	1	3	1	3	9	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	22	1	3	1	3	3	3	17	1	3	1	3	1	3	3	1	16	64		
16	1	2	3	4	3	1	3	1	3	11	3	1	1	3	1	3	3	3	3	3	24	3	1	1	3	3	3	17	1	3	1	1	3	3	1	1	14	66		
17	3	2	2	4	1	1	3	1	3	9	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	26	1	1	1	1	3	3	11	1	3	3	3	3	3	1	1	18	64		
18	2	2	2	4	1	1	3	1	3	9	1	1	3	3	1	3	1	3	3	3	22	1	3	1	3	1	3	13	1	1	1	1	1	1	3	3	12	56		
19	2	1	3	4	3	3	1	1	3	11	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	18	1	3	1	1	3	3	13	3	3	3	3	3	3	1	1	20	62		
20	2	1	2	3	3	3	3	3	3	15	3	3	3	1	3	3	1	3	3	3	26	1	3	3	3	3	1	17	1	1	1	1	1	3	3	3	14	72		

21	2	2	2	3	3	1	1	3	3	11	1	3	1	1	1	3	1	3	3	3	20	1	1	1	1	1	1	3	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	48
22	2	2	2	3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	3	1	1	14	3	3	3	3	3	3	3	21	1	3	1	1	3	3	3	3	3	18	58
23	2	1	3	4	3	1	3	3	3	13	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26	1	1	1	1	1	1	3	9	3	1	1	3	3	3	1	1	16	64	
24	2	2	3	4	1	1	1	1	3	7	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	18	1	1	1	1	1	1	3	9	1	1	1	1	3	3	1	1	12	46	
25	2	1	3	4	3	1	1	1	1	7	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	12	1	1	1	1	1	1	3	9	1	3	1	3	1	3	1	1	14	42	
26	4	1	1	2	3	3	3	3	3	15	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28	1	3	1	1	3	3	3	15	1	3	1	1	3	3	1	3	16	74	
27	1	2	3	3	1	1	3	3	1	9	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1	16	3	1	1	3	3	3	3	17	1	3	3	3	3	3	1	3	20	62	
28	1	2	2	3	1	1	3	3	1	9	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	14	1	1	1	1	3	3	3	13	1	1	1	1	1	1	1	3	10	46	
29	1	2	2	4	1	1	3	3	1	9	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	26	1	3	1	3	1	3	3	15	3	3	3	3	3	3	1	3	22	72	
30	1	1	3	4	1	1	3	3	1	9	1	1	3	3	1	3	3	1	1	1	18	1	3	1	1	3	3	3	15	1	1	1	1	1	1	1	3	10	52	
31	3	1	3	4	1	1	3	3	1	9	1	1	1	3	1	1	3	1	1	1	14	1	3	3	3	3	3	1	17	1	1	1	1	1	1	1	3	10	50	
32	3	1	4	4	1	1	3	3	1	9	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	20	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	44	
33	1	1	4	4	1	1	3	1	3	9	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	20	3	3	3	3	3	3	1	19	1	3	1	1	3	3	1	1	14	62	
34	1	2	2	4	3	1	3	1	3	11	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	20	1	1	1	1	1	1	1	7	3	1	1	3	3	3	1	3	18	56	
35	1	2	2	3	1	1	3	1	3	9	1	1	3	3	1	3	3	3	1	3	22	1	1	1	1	1	1	3	9	1	1	1	1	3	3	1	3	14	54	
36	1	2	4	3	3	1	3	1	3	11	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	24	1	1	1	1	1	1	1	7	1	3	1	3	1	3	3	3	18	60	
37	1	1	2	3	1	1	3	1	3	9	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28	1	3	3	3	3	3	1	17	1	3	1	1	3	3	3	3	18	72	
38	3	1	5	4	1	1	3	1	3	9	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	16	3	1	1	3	3	3	3	17	3	1	1	3	3	3	1	1	16	58	
39	3	1	5	4	3	3	3	1	3	13	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	14	1	1	1	1	3	3	1	11	1	1	1	1	3	3	1	1	12	50	
40	1	2	2	4	1	1	3	1	3	9	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	26	1	3	1	3	1	3	1	13	1	3	1	3	1	3	3	1	16	64	
41	2	2	5	2	3	3	1	3	3	13	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28	1	3	1	1	3	3	1	13	3	3	3	3	3	3	3	3	24	78	
42	3	2	5	2	3	3	3	3	3	15	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	28	1	3	3	3	3	3	1	17	1	3	3	3	3	3	3	3	22	82	
43	2	2	2	4	3	1	3	3	3	13	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	28	1	1	1	1	1	1	1	7	3	3	3	3	3	3	3	3	24	72	
44	2	2	2	4	1	1	1	1	1	5	1	3	1	1	3	3	3	3	3	3	24	3	3	3	3	3	3	1	19	3	3	3	3	3	3	1	1	20	68	
45	2	2	2	4	1	1	3	3	1	9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	3	10	56	
46	3	2	2	3	1	1	3	1	1	7	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	26	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	3	1	10	50	

47	3	2	2	3	3	1	1	1	1	7	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	3	1	10	36		
48	3	2	2	4	3	3	3	3	3	15	1	1	3	3	3	3	3	1	3	3	24	1	3	1	3	3	3	1	15	1	3	1	1	3	3	3	3	18	72
49	4	2	1	2	1	1	3	3	1	9	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	14	3	1	1	3	3	3	3	17	3	1	1	3	3	3	3	3	20	60
50	1	2	2	3	1	1	1	3	3	9	1	1	1	1	1	3	1	1	3	3	16	1	1	1	1	3	3	1	11	1	1	1	1	3	3	1	1	12	48
51	4	2	1	2	3	1	3	3	3	13	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	24	1	3	3	3	1	3	3	17	3	3	1	3	3	3	3	1	20	74
52	2	2	2	3	1	1	3	3	1	9	1	1	3	3	1	1	1	1	3	3	18	1	3	1	1	3	3	1	13	1	3	1	1	3	3	1	1	14	54
53	4	2	1	2	1	3	3	3	3	13	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	26	3	3	3	3	3	3	1	19	1	3	3	3	3	3	1	3	20	78
54	4	2	1	2	1	1	3	3	1	9	1	1	3	3	1	3	1	1	3	3	20	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	3	10	46
55	2	2	2	4	1	1	3	3	1	9	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	24	3	3	3	3	3	3	1	19	3	3	3	3	3	3	1	3	22	74
56	2	2	2	3	3	1	3	1	3	11	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	16	1	3	1	3	1	3	1	13	3	3	3	3	3	3	3	3	24	64
57	2	2	2	3	1	1	1	1	1	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	1	1	1	1	1	1	1	7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	50

MATRIZ DE LA VARIABLE DE LA SEGUNDA VARIABLE

GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL							
N°	GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4	GRADO 5	T
1			2				2
2		1					1
3	0						0
4		1					1
5			2				2
6	0						0
7				3			3
8			2				2
9	0						0
10		1					1
11			2				2
12	0						0
13				3			3
14		1					1
15					4		4
16			2				2
17		1					1
18						5	5
19		1					1
20					4		4
21		1					1
22				3			3
23			2				2

24			2				2
25		1					1
26						5	5
27				3			3
28	0						0
29						5	5
30		1					1
31					4		4
32						5	5
33				3			3
34		1					1
35						5	5
36	0						0
37					4		4
38			2				2
39			2				2
40		1					1
41					4		4
42	0						0
43					4		4
44		1					1
45				3			3
46				3			3
47	0						0
48					4		4
49		1					1

50				3			3
51	0						0
52	0						0
53				3			3
54		1					1
55		1					1
56			2				2
57			2				2

ANEXO 7

TABLA 2

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.**

BIENESTAR FÍSICO	Fr	%
BUENA (5-8 pts.)	9	16
REGULAR (9-12 pts.)	35	61
MALA (13-15 pts.)	13	23
TOTAL	57	100%

TABLA 3

**CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.**

BIENESTAR PSICOLÓGICO	Fr	%
BUENA (10-16 pts.)	13	23
REGULAR (17-23 pts.)	19	33
MALA (24-30 pts.)	25	44
TOTAL	57	100%

TABLA 4
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.

BIENESTAR SOCIAL	Fr	%
BUENA (7-11 pts.)	22	39
REGULAR (12-16 pts.)	19	33
MALA (17-21 pts.)	16	28
TOTAL	57	100%

TABLA 5
CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR INFORMAL SEGÚN DIMENSIÓN
BIENESTAR ESPIRITUAL DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.

BIENESTAR ESPIRITUAL	Fr	%
BUENA (8-13 pts.)	20	35
REGULAR (14-19 pts.)	24	42
MALA (20-24 pts.)	13	23
TOTAL	57	100%

TABLA 6

**CALIDAD DE VIDA GLOBAL DEL CUIDADOR INFORMAL DE LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.**

GLOBAL	Fr	%
BUENA (30-50 pts.)	16	28
REGULAR (51-70 pts.)	27	47
MALA (71-90 pts.)	14	25
TOTAL	57	100%

TABLA 7
GRADO DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES
ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL
REGIONAL ICA,
JUNIO 2016.

INCAPACIDAD FUNCIONAL	FR	%
GRADO 0	10	18
GRADO 1	15	26
GRADO 2	11	19
GRADO 3	9	16
GRADO 4	7	12
GRADO 5	5	9
TOTAL	57	100